Lane Medical Library

Ein Beitrag zur Lehre vom Lichen ruber.

Inaugural-Dissertation

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

Medicinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

Sonnabend den 31. Mai 1890 Mittags 12 Uhr

in der

Aula Leopoldina

öffentlich verteidigen wird

Theodor Hamacher

pract. Arzt.

Opponenten:

Pract. Arzt **Riebeth.**

Pract. Arzt Drd. med. **Courant.**

BRESLAU

Druck von Th. Schatzky, Wallstrasse 14.

1890.

Genehmigt zum Druck auf Antrag des Referenten:

Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Fischer.

Seinem väterlichen Freunde und Erzieher

Herrn Professor Dr. Theodor Weber

in tiefer Verehrung und Dankbarkeit

sowie

Seiner theuren Mutter

in kindlicher Liebe

gewidmet

vom Verfasser

Vor Beginn meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Professor Dr. Neisser, Director der hiesigen Königl. dermatologischen Klinik, für die gütige Ueberlassung des Materials und liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung derselben meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Dr. Neumann, pract. Arzt hierselbst, danke ich hiermit aufs herzlichste für die freundliche Hülfe.

Dass die Lehre vom Lichen ruber oder der rothen Schwindflechte auch heute noch ein zum grossen Theil unklares Capitel der Dermatologie darstellt, lehrt ein Blick in die diesbezügliche Litteratur. Vergleicht man die Abhandlungen der Autoren über Lichen als allgemeine Bezeichnung mit dem Gebrauch, den die Dermatologen in der speciellen Pathologie damit machen, vergleicht man dieselben mit der grossen Liste von Lichenarten, wie sie in den Lehrbüchern aufgezählt sind, wie Lichen agrius, anulatus, circumscriptus, confertus, corymbosus, disseminatus, eczematosus, gyratus, ichorosus, lividus, marginatus, pilaris, pustulosus, serpiginosus, simplex, syphiliticus, tropicus, urticatus, Lichen-Species, welche ganz verschiedene Krankheitsformen umfassen und daher unter einen Begriff nicht zusammengefasst werden können, da sie, abgesehen von der Knötchenbildung, nichts mit einander gemein haben, so wird man sich nicht verhehlen können, dass durch den Mangel einer festen Definition von Lichen über diese Krankheit eine grosse Unklarheit und Verwirrung in der Dermatologie herrschend geworden ist. Unter solchen Umständen dürfte der Versuch nicht überflüssig erscheinen, mit Benützung der in der Breslauer dermatologischen Klinik über den Lichen ruber in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen diese Hautkrankheit einer eingehenden Besprechung zu unterwerfen.

Zwar sind die Beschreibungen aller früheren Autoren von den Anschauungen, die gegenwärtig seit Hebras epochemachenden Untersuchungen über das Wesen des Lichen ruber herrschen, total verschieden und können daher nur noch ein historisches Interesse beanspruchen, doch möge es gestattet sein, um ein möglichst vollständiges Bild

der Lehre vom Lichen ruber zu geben, eine Skizze der historischen Entwicklung vorauszuschicken.

Historisches.

Der Krankheitsname „Lichen“ (ὁ λειχήν die Flechte, von λείχω lecken, um sich greifen) ist ein sehr alter. Wahrscheinlich stammmt er von Hippocrates, welcher folgende Definition des Lichen giebt: „λειχην est summae cutis vitium ut φωρα et λεπρα cum asperitate et levi pruritu.“

Eine ähnliche Auffassung hatten auch Celsus und Galen. Später finden wir des Lichen von Hieronymus Mercurialis im Jahre 1625 Erwähnung gethan. Ungefähr zu derselben Zeit gab Johann Riolan sein Werk „de morbis cutaneis“ heraus und beschreibt den Lichen als identisch mit Impetigo.

Das folgende achtzehnte Jahrhundert hatte wenig oder gar keine Veröffentlichungen über Lichen aufzuweisen mit Ausnahme derer von Robert Willan. Derselbe berichtet im Jahre 1798 in seinem Werk: „Description and Treatment of cutaneous Diseases“ ausführlicher über Lichen und zählt diese Krankheit in seinem System zur ersten Ordnung der Papulae (Pimples). Er verstand darunter kleine knötchenförmige Hautefflorescenzen, ohne auf ihre ätiologische Bedeutung oder die pathologisch-anatomischen Veränderungen irgend welche Rücksicht zu nehmen. Die Willansche Lehre blieb fast in der ganzen ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die massgebende. Da Willan unter Lichen keine Krankheit sui generis verstand, so ist es kein Wunder, dass die ihm nachfolgenden Dermatologen ganz verschiedene Krankheitsprocesse mit dem Namen Lichen belegten. Bald waren es die Knötchenbildungen des Ekzema papulosum, welchen der Lichen agrius und simplex entspricht, bald die der Urticaria, wozu der von Behrend beschriebene Lichen urticatus gehört, sogar die der Acne, welche unter dem Begriff Lichen figurirten. Desgleichen sind der Lich. circumscriptus, disseminatus, confertus, Namen, welche in den dreissiger und vierziger Jahren öfters genannt wurden, zu dem Ekzem zu rechnen. Der Lichen lividus dagegen entspricht der Purpura papulosa, während der L. pilaris überhaupt keine eigentliche Krankheit darstellt, sondern einen physiologischen Zustand, entstanden durch An-

häufung von Epidermiszellen und Sebummassen an der Austrittsstelle der Lanugohaare aus den Follikeln infolge mangelhafter Hautkultur.

Plumbe (1824) zählt den Lichen zu den activen Hautentzündungen, welche mit Digestionsanomalieen in Zusammenhang stehen. Rayer beschreibt den Lichen in seinem „Traité théorique et pratique des maladies de la peau“ im Jahre 1835 als inflammation papuleuse, während ein anderer pariser Dermatologe Chausit einige Jahre später ihn zu den Sensibilitaetsstörungen zählt.

In Deutschland war zu dieser Zeit Aug. Struve in Berlin wohl der einzige, der des genaueren über Lichen berichtet. In seinem dermatologischen System gehört der Lichen zur achten Klasse, nämlich der der Dermophlegmasiae papulosae. Nach Struve tritt der Lichen in 6 Formen auf:

als 1. Lichen simplex
2. „ circumscriptus
3. „ urticatus
4. „ agrius
5. „ pilaris
6. „ lividus.

Das vierte Decennium dieses Jahrhunderts förderte eine reichlichere Litteratur über die fragliche Krankheit zu Tage, als die früheren. Im Jahre 1840 veröffentlichte der Göttinger Dermatologe H. Fuchs sein Werk: „Ueber die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge in nosologischer und therapeutischer Beziehung“ und bringt den Lichen in eine Gruppe mit der Psoriasis, dem Herpes und der Impetigo, in die Gruppe der Eczematosen, während ein anderer deutscher Forscher Isensee den Lichen den scrophulösen Hautkrankheiten zuzählt.

Da erschienen im Jahre 1860 die nicht nur in Deutschland, sondern für alle dermatologischen Forschungen grundlegenden Arbeiten des älteren Hebra, dessen System der Hautkrankheiten noch bis zum heutigen Tage trotz der vielen Mängel, welche nach heutiger Anschauung ihm anhaften, in Geltung ist, schon aus dem Grunde, weil auch alle neueren Versuche, ein besseres System an seine Stelle zu setzen (Auspitz etc.), nicht viel glücklicher sind.

Für die Lichenfrage hat Hebra jedenfalls in classischer Weise eine Krankheitsgruppe so charakterisirt durch Form und typischen Verlauf, dass seitdem der Begriff „Lichen“ nicht mehr nur eine Krankheitsform,

sondern wirklich eine eigene Krankheit bezeichnet. Hebra sen. beschrieb zwei Krankheitsformen unter dem Namen Lichen: 1. den Lichen scrophulosorum, der uns an dieser Stelle nicht weiter beschäftigen wird und 2. den Lichen exsudativus ruber als eine in kleinen, roten Knötchen auftretende chronische Entzündung der Haut, bei welcher das Exsudat in die cutis gesetzt ist, und sich conisch, erhabene Knötchen (Papeln) bilden, die in ihrem ganzen ferneren Verlaufe keine weitere Ausbildung (etwa Pustelbildung) erlangen, sondern als solche entweder bestehen bleiben oder in einzelnen Trümmern abgestossen werden.

Trotz dieser allen späteren Arbeiten als Fundament dienenden Errungenschaften war doch eine volle Einigung unter den Dermatologen nicht erzielt und gerade in den letzten Monaten sehen wir wieder eine sehr lebhafte Discussion über den Lichen speciell Lichen ruber sich entwickeln.

Nach der ersten Beschreibung Hebras begegnen wir dem Ausdruck: „Lichen ruber“ zuerst in der ungarischen Litteratur. Porro war es, welcher 1862 seine Schrift veröffentlichte unter dem Titel: „Der zweite geheilte Fall von L. ruber exsudativus, besser von Ekzema psoriasiforme“ und den Lichen ruber für eine Complication der Psoriasis mit Ekzem erklärte.

Hauptsächlich war es aber Erasmus Wilson, der durch seine im Jahre 1869 publicirte Arbeit über Lichen planus, welche eine dem Lichen ruber Hebrae sehr ähnliche Hauterkrankung sein sollte, zu neuen Forschungen Anlass gab. Er verstand unter Lichen planus platte, polygonale Papeln von dunkelroter Farbe, welche nicht Schuppen und mit Vorliebe an den Extremitaeten sitzen. Wilson nimmt, wie die Autoren vor Hebra, wiederum eine grössere Zahl von Species des Lichen planus an, so den L. plan. discretus, annulatus etc. Auffallend bleibt bei aller Aehnlichkeit des Lichen ruber Hebrae und des Lichen planus Wilson, dass der erstere in den meisten Fällen tötlich verlief, allerdings ohne therapeutische Eingriffe, während die Wilsonschen Fälle auch ohne Behandlung sämmtlich genasen. Kein Wunder daher, dass alsbald von mancher Seite dem L. planus jede Aehnlichkeit und Verwandtschaft mit dem L. ruber abgesprochen wurde. Diese Unsicherheit in der Lehre vom Lichen ruber trat selbst unter Hebras eigenen Schülern zum Vorschein.

Erst Hebra sen. selbst brachte im Jahre 1874 wieder etwas mehr Aufklärung, indem er seinen L. ruber in 2 Formen beschrieb, ohne sie jedoch mit besonderen Namen zu belegen. Die eine Form zeige sich in hiersekorngrossen, roten, oder braunroten, konisch hervorragenden, sehr derben, an ihrer Spitze mit fest haftenden trocknen Schuppen bedeckten Knötchen, die andre in ebenfalls disseminirten, hiersekorngrossen, jedoch blassroten, glatten, abgerundeten und in ihrer Mitte mit einer kleinen Delle versehenen Papeln. Da zu dieser Zeit auch das früher verwirrende Moment, nämlich der gänzlich verschiedene Ausgang der beiden Formen des Lichen ruber und Lichen planus durch Hebras günstige Erfahrungen über den Erfolg der gegen L. ruber angewendeten Therapie beseitigt wurde, so konnte man ohne Zagen die volle Zusammengehörigkeit des L. ruber und L. planus aussprechen, zumal man an manchen Patienten das gleichzeitige Auftreten beider Formen beobachtete.

Trotzdem behaupteten in den darauf folgenden Jahren 1875 und 1876 Poor und Piffard von neuem die Unabhängigkeit beider Lichenarten.

Für die deutschen Autoren wurde schliesslich Kaposis 1877 publicirte Auffassung massgebend. Derselbe wies mit Evidenz nach, dass der L. planus Wilsons zu der Klasse des Hebra'schen L. ruber gehöre und nur eine leichtere Form des letzteren sei. Er unterschied demnach:

1. Den Lichen ruber planus (Wilson).
2. Den Lichen ruber acuminatus, welch' letzterer die von Hebra ursprünglich gekannte und später auch unter diesem Namen anerkannte Form darstellt. Diese Nomenclatur ist seitdem auch von den meisten, besonders den deutschen Dermatologen acceptirt worden.

Doch fehlte es nicht an neuen Bekämpfungen der Kaposi'schen Anschauungen, insbesondere durch französische und amerikanische Autoren. So stellt Vidal 1880 die Frage auf, ob man bisher den Lichen ruber nicht etwa mit Dermatitis exfoliativa verwechselt habe.

Besonders aber gab im vorigen Jahre auf dem Pariser Dermatologen-Congress die von Besnier als Pityriasis rubra pilaris, von Rayer, Devergie, Hillier und anderen als Pityriasis pilaris geschilderte Krankheit zu grossen Discussionen über die Lichen ruber Frage Anlass. Die französischen Autoren behaupten, dass diese Pityriasis eine

eigene Krankheit sei, welche mit dem Lichen ruber in keinem Zusammenhang stände. Dagegen protestirte nun Kaposi in längerem Vortrage und vertrat stricte die Ansicht, dass die Pityriasis rubra pilaris nichts anderes sei, als der alte Hebrasche L. ruber, welchen er L. ruber acuminatus nenne. Er wenigstens sei nicht im stande, weder die von Besnier und Bœck beschriebenen Fälle, noch die von Taylor demonstrierten Abbildungen der „Pityriasis rubra", noch die von Baretta im Hospital St. Louis befindlichen Moulagen, welche dort den Titel Pityrias. rubra pilaris führten, vom Lichen ruber acuminatus zu trennen. Vielmehr seien es nicht nur hinsichtlich ihres Ansehens und ihrer Entwicklung, sondern auch hinsichtlich der anatomischen Laesion classische Fälle von L. rub. acuminatus.

Damit ist freilich der Streit nicht vollkommen entschieden. Denn es wäre wohl denkbar, dass trotz der Richtigkeit der Kaposischen Ansicht es eine gutartige Pityriasis rubra pilaris gebe, getrennt vom Lich. rub. acuminatus. Aber abgesehen davon geht auch der Streit darüber immer noch weiter, ob die beiden Lichen ruber Formen, der acuminatus und planus nur verschiedene Formen ein und derselben Krankheit seien oder thatsächlich zwei grundverschiedene, nur sehr ähnliche Krankheiten.

Die Deutschen, welche ihre Ansicht darauf stützen, dass eine Anzahl Fälle zu gleicher Zeit die planus und acuminatus Form an sich trügen, identificiren in grosser Majorität beide Krankheiten, so Weyl, Hornkohl, Hebra jun. etc., während die Amerikaner, wie Taylor, die entgegengesetzte Ansicht vertreten. Letzterer veröffentlichte vor kurzer Zeit den Satz: „dass der Lichen ruber eine bestimmte krankhafte Wesenheit sei ohne den Schatten einer Verwandtschaft mit dem Lichen planus."

Dieser Ansicht sprach der jüngere Hebra jede Berechtigung ab, indem er nachwies, dass Taylors Fälle von Lich. rub. acum. gar nicht solche waren, sondern dass es sich bei ihnen um eine Verwechselung mit Pityriasis rubra pilaris Devergie handele. Ausser dieser Erkrankung und dem L. planus müsse es aber noch ein drittes, schweres Uebel geben und das sei der Lichen ruber acuminatus.

Als Hauptformen unterscheidet Hebra jun.:

1. L. ruber acuminatus (neuroticus, constitutionalis),

2. L. ruber miliaris (planus universalis, obtusus),
3. L. rub. planus localis (verrucosus).

Die beiden ersten Formen begreifen in sich den alten Lichen ruber Hebra, die dritte ist Wilsons Lichen planus. Hebra erkennt demnach den Lichen ruber acuminatus (Kaposi) und den Lichen ruber planus an, ausserdem aber auch die Pityriasis rubra pilaris, von dessen Existenz Kaposi überhaupt nichts wissen will. Zur Erhärtung dieser Ansicht stellt er eine ausführliche systematische Reihenfolge der Symptomencomplexe der Pityriasis rubra pilaris und des Lich. rub. acuminatus neben einander auf. (Monatshefte für pract. Dermatologie. X. 1. Febr. 1890.)

Wie Unna dazu kommt, in einer seiner neuesten Publikationen über die Paraceratosen von entscheidenden Ergebnissen des Pariser Congresses zu sprechen, ist demnach ganz unklar. Wenn ich ihn recht verstehe, trennt er den alten Hebra'schen Lichen ruber acuminat. (den Kaposi mit Hebras eigener Zustimmung acuminatus nennt) von den späteren L. rub. acuminatus Fällen von Kaposi, welche er mit der Pityrias. rubra pilaris vereint wissen will.

Wir, wie gesagt, haben nur den Eindruck vollständigster Verwirrung und dürfen entscheidende Ergebnisse der Lichen-Frage wohl erst in der Zukunft erwarten. Im Uebrigen vergleiche man die ausführliche Litteratur und vollständige Beschreibung dieses Capitels, welche Rona in der Vierteljahrsschrift für Dermatalogie und Syphilis (Jahrgang 1887) giebt.

Ziehen wir nun aus dieser historischen Entwickelung der Lehre vom Lichen ruber das Resumé, so ist nach unserer Auffassung der Lichen ruber eine genau charakterisirte Krankheit, welche in den beiden Formen:

1. als Lichen ruber acuminatus,
2. als Lichen ruber planus

auftritt.

Aetiologie des Lichen ruber.

Ueber die Aetiologie des Lichen ruber herrscht zur Zeit noch wenig Aufklärung, wiewohl wir in der Litteratur zahlreiche Versuche einer Erklärung finden.

Es liegt nahe, wie bei Lichen scrophulosorum, so auch bei Lichen ruber an ein constitutionelles, ätiologisches Moment zu denken. Ein solches ist jedoch unmöglich zu beschuldigen, da der Lichen ruber sehr häufig gerade kräftige, kerngesunde Individuen befällt. Ganz ebenso fiel das Ergebniss der in hiesiger Klinik beobachteten Fälle aus.

In der neueren Zeit haben Fox, Hutchinson und St. Mackenzie den Lichen ruber als ein neuropathisches Leiden erklärt. Köbner ist derselben Ansicht und unterstützt dieselbe durch einen interessanten Fall von Lichen ruber planus, den er an einem Arzte beobachtet. Derselbe hatte die Licheneruption längs des Verlaufs des nervus abdom. extern. des n. ileo-inguinalis und n. intercosto-humeralis. Später trat bei demselben Patienten ein Reccidiv auf, welches sich auf die linke Hälfte des Penis beschränkte. Nach Köbner sind die Lichen-Patienten meist nervöse Individuen. Bechteren beschreibt einen Lichen planus im Bereich der n. ileo-hypogastrici und des Hauptastes des n. saphen. maior. Erwähnenswert ist ferner der Fall, den Morris bei einer 50jährigen Dame beobachtet. Dieselbe hatte ihren Mann unerwartet verloren und einige Tage später wurde sie vom Lichen ruber befallen. St. Mackenzie hat den Lichen im Verlauf des n. ulnaris gesehen, sowie im Verlauf eines Intercostalnerven um die eine Hälfte des Rückens und Bauches analog dem Exanthem bei Herpes zoster, sodass man Anfangs diese Diagnose irrtümlicher Weise annahm, bis nach einiger Zeit die allgemeiner werdende Hautaffektion an der Diagnose des Lichen ruber nicht zweifeln liess. C. Fox beschreibt Fälle von vorhergehender Nervendepression und Sympathicus-Störungen. T. Fox will in allen Fällen, die er gesehen, ein sehr aufgeregtes Temperament oder eine durch neurotische Störungen geschwächte Körperconstitution constatirt haben.

Die französischen Autoren beschuldigen neben Störungen im Nervensystem eine arthritische Diathese als Ursache des Lichen ruber. Doch kann letztere ebenso wenig als die neurotische Theorie Anspruch auf Objectivität erheben.

Was die Heredität des Lichen ruber anbelangt, so waren auch hier die Untersuchungen völlig negativ, und es unterliegt keinem Zweifel, dass der Lich. ruber nicht erblich ist. In unserer Statistik findet sich die

Beobachtung zweier Fälle bei zwei Brüdern (Fall 32 u. 41). Es ist aber nicht möglich gewesen, einen inneren Zusammenhang der Krankheit zwischen den beiden getrennt lebenden Geschwistern nachzuweisen.

Schwieriger ist die Entscheidung der Contagiosität des Lichen ruber. Denn in der That scheinen gewisse Berufsklassen für diese Krankheit prädisponirt zu sein. Unter 20 Lichen ruber Patienten, welche Lassar beobachtete, waren 5 solche, deren Beruf in Lederarbeit bestand (Schuhmacher, Lederhändler, Gerber). Der eine derselben hatte sich auf der Wanderschaft eine wunde Stelle am Unterschenkel mit einem Lederlappen bedeckt und von da aus soll sich das Leiden entwickelt haben, wobei dort die Eruption auch am hartnäckigsten war. Nach Lassar sollen ferner auch häufig Geschäftsreisende und Handwerksburschen, die ja Contacten mehr als andere Berufsklassen ausgesetzt sind, erkranken. Unsere Erfahrungen können diese Angaben Lassars nicht bestätigen. Nur Fall 1, Schuhmacher K., gehörte den genannten Berufsklassen an.

Eine wesentliche Stütze erhielt die Annahme der Contagiosität durch Lassars (scheinbare) Entdeckung eines Lichenbacillus. Der letztere, äusserst fein und klein, häufe sich in grossen Massen, welche auf den ersten Blick Zoogloeahaufen sehr ähnlich seien, in den Lymphbahnen an und von hier aus nach allen Richtungen sich ausbreitend, erzeuge er, besonders in der Umgebung der Hautdrüsen und Haarbälge intensive Entzündung. Dass diese bacilläre Theorie aller Wahrscheinlichkeit entbehrt, geht zunächst daraus hervor, dass die von anderen Autoren nach den mannigfaltigsten Methoden angestellten Untersuchungen stets negativ ausfielen. Dazu kommt, dass wir einen Bacillus von solch' bedeutender Kleinheit bisher noch nicht kennen. Weyl's Verdacht, dass Lassar vielleicht die Ehrlich'schen Mastzellen, welche, bei Hautkrankheiten oft gefunden, eine Menge kleinster Körnchen enthalten, welch' letztere bisweilen in grossen Mengen, wie Zoogloeahaufen, zusammen gelagert sind, irrtümlicher Weise als solche angesehen, möchten auch wir aussprechen.

Bei dem besonders in den früheren Zeiten oft beobachteten letalen Ausgang der Krankheit handelt es sich nach Kaposi wahrscheinlich um eine tiefe Ernährungsstörung, welche in der örtlichen, hoch-

gradigen Atrophie des Gewebes und dem allgemeinen Kräfteverfall der Patienten zur Ausprägung gelangt. Für die Erklärung dieses tödtlichen Marasmus hat man jedoch bei den zur Section gelangten Fällen positive Anhaltpunkte nicht finden können.

Pathologische Anatomie.

Hebra, Neumann, Kaposi fanden übereinstimmend, dass der Lichen ruber vorwiegend in den Haarfollikeln und deren nächster Nachbarschaft seinen Sitz habe. Die Zellen der äusseren Wurzelscheide, besonders im untern Teil fanden sich stets hyperplasirt und die die Follikel umgebenden Papillen kleinzellig infiltrirt, das darüber liegende rete in starker Wucherung begriffen. Dieser Befund bietet jedoch an sich nichts charakteristisches für den Lichen ruber, da ähnliche Processe auch bei anderen Dermatosen, wie Prurigo, Eczema chron., gefunden werden. Dazu kommt, dass auch an völlig unbehaarten Stellen (glans penis, Wangenschleimhaut) das Exanthem sehr früh auftreten kann.

Besonders sind es zwei Auffassungen über die anatomische Grundlage, welche sich gegenüberstehen. Die einen (v. Biesiadecki, T. Fox, Crocker, Weyl etc.) nehmen einen entzündlichen Process an, andere Autoren (Neisser, Auspitz) suchen das Wesen des Lichen ruber in einer Erkrankung des Epithels, deren Folge eine abnorme Hornbildung, also Parakeratose ist.

Aus den in hiesiger Klinik gemachten microscopischen Untersuchungen von Lichen planus Knötchen (aus der Beugeseite des Vorderarms) ergiebt sich folgender Befund. An Präparaten von frischen Efflorescenzen fand sich das Corium stark beteiligt, indem die die Papillen versorgenden Capillaren erweitert und geschlängelt sind. Die Umgebung ist kleinzellig infiltrirt, ebenso auch die Adventitia der tiefer gelegenen beträchtlich erweiterten Gefässe, sowie die Nachbarschaft.

Ferner fällt die an den verschiedenen Stellen in der Menge wechselnde Pigmentablagerung auf. Besonders in der Umgebung der Gefässe der Papillen findet man gelbliche oder dunkel braunrote Schollen frei im Gewebe, später auch um die tieferen Gefässe herum innerhalb von Wanderzellen in reichlicher Menge.

Die Epithelveränderungen bestehen zunächst in einem Mangel des normalen Pigments an der untersten Zellschicht des rete Malpighi. Während die nächst höheren 2—3 Reihen von rete Zellen unverändert sind, erscheinen die über diesen gelegenen etwas aufgequollen.

Ausser diesen Veränderungen finden sich an Präparaten von älteren Lichenefflorescenzen zunächst ungemein grosse Verdickung des rete Malpighi, indem die Zellen desselben hochgradig aufgequollen sind. Das normaler Weise aus 2—3 Zellreihen bestehende stratum granulosum findet sich an mehreren Stellen erweitert und zählt oft 6—7 Reihen. Demgemäss ist dort auch das stratum corneum verdickt und man kann deutlich 3 verschiedene Strata, ein oberes dunkles, ein breiteres, etwas aufgelockerteres, ein dunkles schmales unterscheiden. Im Corium ist die kleinzellige Infiltration sowie die Pigmentablagerung noch stärker, als an den Präparaten des 1. Stadium des Lichen ruber.

Die pathalogisch anatomischen Veränderungen sind bei beiden Formen des Lichen, beim planus und acuminatus im Wesentlichen dieselben. Beim Lichen ruber planus ist aber die Papillarschicht erheblicher verändert, indem sie atrophirt. Entsprechend dieser Atrophie ist die Haut etwas eingesunken und führt so zur Bildung der charakteristischen Delle. v. Biesiadecki glaubt, letztere sei entstanden durch einen dauernden Tetanus des musculus arrector pili, welchen Bender stets gleichmässig hypertrophirt fand.

So viel steht fest, dass man aus den bis jetzt gemachten und publicirten anatomischen Untersuchungen eine klare Einsicht über das Wesen des Lichen ruber noch nicht gewinnen kann. Doch scheint uns der ganze pathologische Vorgang in seiner Entstehung, seinem Ablauf u. s. w. mehr für die Auspitz'sche Parakeratosen-Auffassung zu sprechen, als für die entzündliche Natur des Lichen ruber.

Statistisches.

Die Krankheit befällt nach Lesser meist Individuen zwischen dem 20.—50. Lebensjahr. Nach Kaposi meist zwischen dem 10.—40ten. Letzterer hat den Lichen ruber jedoch auch bei einem Kind von 8 Monaten und zweimal bei Kindern von 3 resp. 4 Jahren angetroffen. Nach

Lesser scheint eine wesentliche Differenz des Vorkommens des Lichen ruber bei beiden Geschlechtern nicht zu bestehen. Unter den von Kaposi beobachteten Fällen fanden sich $^2/_3$ Männer und $^1/_3$ Weiber. Auch unter den in dieser Arbeit publicirten 56 Fällen gehörte die Mehrzahl, 33 dem männlichen, 23 dem weiblichen Geschlecht an. Ueber das Alter dieser Patienten giebt folgende Tabelle Aufschluss

Alter	Anzahl
1—10	4
10—20	6
20—30	9
30—40	10
40—50	7
50—60	11
60—70	7
70—80	2
80—90	0
Summa	56

Während demnach eine Prädisposition für den Lichen ruber in einer bestimmten Altersstufe nicht zu bestehen scheint, lässt sich jedoch wohl die Regel aufstellen, dass das männliche Geschlecht entschieden häufiger befallen wird. So fanden sich auch in der Berliner Hautklinik unter den beobachteten Fällen $^2/_3$ Männer und $^1/_3$ Weiber.

Ueber das Verhältniss der Häufigkeit der beiden Lichen ruber Formen sind wohl alle Autoren, soweit sie überhaupt die Existenz des L. rub. acuminatus zugeben, darin einig, dass letztere Form höchst selten vorkommt. So beschreibt Kaposi in der neuesten Auflage seines Lehrbuches 66 Fälle von Lichen ruber, darunter nur 4 rein acuminate. Schadeck sah in 2 Jahren nur 3 solche Fälle. Block hat in seiner Dissertation 3000 Fälle von Hautkrankheiten, welche in der Klinik Köbners beobachtet worden, statistisch zusammengestellt. In seiner allgemeinen Häufigkeitsscala der Hautkrankheiten, welche er in 53 Stufen aufstellt, nimmt der Lichen ruber die 21. Stufe ein. Unter den 3000 Fällen fanden sich 18 Lichen ruber plan. nur ein acuminatus Fall.

In der hiesigen Klinik fand sich unter den am Schluss folgenden 56 Fällen nur ein Fall (26) von Lichen ruber acuminatus und zwar in einem Zeitraum von 10 Jahren. In einem andern Falle (44) war die Diagnose zweifelhaft Die Schleimhaut der Wangen war unter diesen 56 Fällen nur sechsmal befallen. Andere Autoren fanden sie häufiger erkrankt, so Thibierge von 4 Lichen-Patienten bei dreien.

In Anbetracht der grossen Seltenheit des Lichen ruber acuminatus, sowie des Umstandes, dass die in dieser Arbeit beschriebenen Fälle bis auf den einzigen Fall 26 Lichen ruber planus waren, verweisen wir betreffs des klinischen Verlaufs und der Symptomatologie des L. rub. acum. auf die bekannten Lehrbücher und geben nur eine genaue Schilderung des Lichen ruber planus nach den in hiesiger Klinik gemachten Erfahrungen.

Lichen ruber planus.

Symptome und Verlauf.

In der ersten Entwickelung des Lichen ruber planus bemerkt man sehr kleine, oft nur nadelstich grosse, farblose Pünktchen, an welchen man den für diese Lichenform charakteristischen wachsartigen Glanz meist schon erkennen kann. Diese Knötchen wachsen nun allmählich und bekommen eine mehr runde, oft eckige, polygonale Form. Ihre Farbe ändert sich entweder gar nicht — sie bleiben blass — oder sie wird blassrot oder auch rötlich gelb. Die Planus-Efflorescenzen erheben sich, wie schon ihr Name besagt, kaum über das Niveau der angrenzenden, normalen Haut, zeichnen sich aber durch eine derbere Consistenz als letztere aus. Mit der Vergrösserung der Knötchen, welche höchstens Linsengrösse erreichen, bildet sich auch der wachsartige Glanz deutlicher aus. Auch die Färbung geht noch weitere Metammorphosen ein. Sie wird meist intensiver rot, jedoch nie so dunkel wie bei Lichen rub. acuminatus. Oft sind sie von einem sehr feinen linienförmigen, rötlichen Saum an ihrer Basis umgeben. In ihrem Centrum lassen oft, auch die kleinsten Knötchen, schon eine kleine Einsenkung erkennen. Diese

Delle ist stets vorhanden sobald das Knötchen grösser geworden, und mit dem weiteren Wachstum der Efflorescenz nimmt auch die für den Lichen planus charakteristische Delle einen grösseren Umfang an und so entsteht nach Lessers treffenden Ausdruck eine cocardenartige Figur mit dunklem Centrum und peripheren, roten glänzendem Wall.

Was den Sitz der Planusknötchen anlangt, so sind sie anfangs unregelmässig zerstreut und finden sich vorwiegend auf den Extremitäten, im Gegensatz zu dem L. rub. acuminatus, der zuerst meist am Stamm auftritt. Besonders nehmen sie die Beugeseite der Extremitäten ein: am Ellbogen, dem Handwurzelgelenk, in der Kniekehle, ferner sitzen sie oft auch an den Genitalien, namentlich an der glans penis, in stärker ausgebilden Fällen auch an der Flachhand und Fusssohle, sowie im Gesicht. In der höchsten Entwicklung verschont der L. rub plan. keinen Körperteil, lässt dabei aber meist eine gewisse Symmetrie erkennen, während im Beginn der Erkrankung die Knötchen ohne Ordnung disseminirt sind, bisweilen aber auch eine streifen- oder kreislinienförmige Anordnung aufweisen. Wie bei Lichen acuminatus zeigen sich auch hier an den Fusssohlen und Flachhänden diffuse, schwielige Verdickungen der Haut.

Während ferner die Knötchen des L. rub. acuminat. sehr häufig durch dichteste Anordnung reibeisenähnlich sich anfühlende Plaques und Flächen darstellen, der Eindruck der einzelnen, spitzen Efflorescenzen aber erhalten bleibt, sehen wir bei L. rub. planus mehr eine Verschmelzung, ein Flächenhaftwerden der Eruptionen, wobei die einzelnen Knötchen mehr oder weniger in der diffusen Erkrankung verschwinden, namentlich sobald sehr grosse Flächen überzogen werden. In den einzelnen Plaques ist der Knötchencharakter noch besser erhalten, wobei die Oberfläche dann wie Chagrinleder erscheint als eine über die Haut vorspringende flache, etwas glänzende Erhebung, welche von einer Anzahl feinster Linien durchzogen ist. Diese Plaques zeigen sehr häufig einen gewissen Gegensatz von Peripherie und Centrum, indem die centralen Partieen schon abheilend jene eigentümliche grauschwärzliche Färbung annehmen, während wir am Rande noch rötere Farbe, deutlichere Knötchen, hochgradigere Abschuppung finden. In der Umgebung solcher confluirter Knötchenheerde bemerkt man fast stets einen

neuen Knötchenkranz und der ganz Herd sieht dann nach Kaposi aus, wie „eine perlenumrahmte, dunkle Gemme."

Endlich erscheinen uns noch zwei Variationen des Lichen planus der Erwähnung wert zu sein. Die erste ist die von Lesser beschriebene „verrucöse" Form, welche letzterer an der Streckseite des Unterschenkels mehrere Male gesehen hat. Es waren dies an der Oberfläche rauhe, warzenförmige, siebartige Infiltrate von Thalergrösse, welche das normale Hautniveau erheblich überragten.

Eine andere bemerkenswerte Form ist der von Kaposi bezeichnete Lichen ruber monileformis „corallenschnurartiger Lichen ruber planus." Die Knötchen desselben zeigen eine Reihenanordnung von den kleinsten Anfängen bis zu gelblich roten Kugeln von der Grösse einer kleinen Kirsche.

Die von Unna neuerdings beschriebene Form eines Lichen ruber obtusus ist als wesentlich nicht zu bezeichnen. Sie stellt nur eine Unterart des Lichen ruber planus dar.

In sehr seltenen Fällen fanden sich Steigerungen des Processes des Lich. rub. planus bis zur Bildung von Pemphigus-Blasen.

Ziemlich häufig kommt der Lich. rub. planus auch auf der Schleimhaut der Wangen und Lippen, selten auch auf der Zunge vor. Diese wesentliche Bereicherung der Lichenfrage ist besonders Hutchinson, Neumann und Kaposi, sowie Thibierge zu verdanken. Ich verweise hier auf die Arbeiten von Touton und Herxheimer, welche die Litteratur über diese Fälle vollständig enthalten. Aus den Mitteilungen von Thibierge entnehmen wir Folgendes über den Schleimhaut-Lichen.

Derselbe kann bereits vor der Eruption auf der äusseren Haut bestehen oder gleichzeitig oder aber später auftreten. Die Patienten haben nur die Empfindung einer leichten Rauhigkeit, sei es spontan, sei es bei der Nahrungsaufnahme und bemerken daher nur zufällig die Affection im Munde. Das Lichenexanthem tritt auf der Mundschleimhaut in Form kleiner, spitzer, meist rundlicher Papeln von schneeweisser Farbe auf. Oft confluiren dieselben zu Plaques, innerhalb welcher die einzelnen Papeln isolirt oder in linienförmiger Anordnung stehen. In dem von uns beobachteten Fall 1 waren die Wangenflächen in der ganzen Ausdehnung erkrankt und zwar zeigte sich die Schleimhaut fleckweise weisslich verfärbt, teils in ein-

zelnen etwa stecknadelkopfgrossen Punkten, teils in Streifen, die sich netzartig miteinander verbanden.

Auf der Zunge stellt der Lichen rub. plan. weissliche Flecke von rundlicher, ziemlich unregelmässiger Gestalt dar, isoliert oder besonders an den Zungenrändern in parallelen Linien zusammenstehend.

Combinationen beider Lichen ruber Arten sind, wie gesagt, öfters gesehen worden. Kaposi beschreibt folgende Localisation des combinierten Lichen ruber. An Händen, penis und Füssen: L. rub. planus, am Stamm und im Gesicht: Lichen rub. acuminatus.

Von subjectiven Symptomen ist der bald schwächer, bald stärker ausgebildete Juckreiz das erste und meist einzige. Ist derselbe sehr hochgradig, so kann es zu Schlaflosigkeit und Störung des Allgemeinbefindens kommen.

Differential-Diagnose.

Am häufigsten findet eine Verwechselung des Lich. rub. plan. statt mit dem papulösen Syphilid, welches man daher auch Lichen syphiliticus genannt hat. Dieser Irrtum ist besonders dann leicht möglich, wenn der Lichen ruber seinen Sitz an den Genitalien hat. Die Differential-Diagnose wird sich jedoch bei einer nur einigermassen fortgesetzten Beobachtung stets mit Sicherheit stellen lassen. Die Entwickelung des papulösen Syphilids zu jenen tief braunroten Knötchen, die der Lichenknötchen zu mehr gelblichen, allmälig ins grauschwärzliche übergehenden, übrigens auch nie so derben Efflorescenzen wird keinem geübten Beobachter entgehen. Dazu kommt, dass beim papulösen Syphilid der Juckreiz fehlt, während er beim Lichen planus regelmässig, wenn auch oft nur in geringem Grade vorhanden ist.

Die Differential-Diagnose des Lichen ruber planus ist dem Lichen scrophulosorum gegenüber von grosser Wichtigkeit, weil die Wahl der therapeutischen Maassnahmen von der richtigen Diagnose abhängt. Die für die Differential-Diagnose wichtigen Symptome beider Lichenarten hat Hebra jun. in einem übersichtlichen Schema zusammengestellt:

Lich. rub. plan.	Lich. scrophulos.
Knötchen in der Florition lebhaft rot.	Knötchen gelbbraun oder schmutzigrot. Knötchendecke schuppig, matt.
Knötchendecke glatt glänzend, wachsartig.	Auftreten in Gruppen. Erstes Auftreten fast immer am Stamm, später erst an Extremitäten.
Zerstreutes Auftreten ohne bestimmte Anordnung. Gewöhnlich primäres Befallen der Extremitäten und später des Stammes.	Immer Vorhandensein scrophulöser Symptome.
Niemals scrophulöse Symtome.	

Dagegen machen keinerlei Schwierigkeiten in der Diagnose die Fälle von Lich. rub. planus und von nicht allgemeinen Lich. rub. acuminatus in folge der ganz verschiedenen Characteristica der einzelnen Efflorescenzen.

Hat der L. rub. planus auch die Mundschleimhaut befallen, so könnte man wohl an Lues denken. Dieser Irrtum wird jedoch leicht gehoben werden, wenn man bedenkt, dass die Schleimhaut-Syphilis sich stets in rundlichen Infiltraten zeigt im Gegensatz zu der unregelmässigen Begrenzung der Licheninfiltrate, in deren Umgebung übrigens einzelne kleine Knötchen wohl nie vermisst werden dürften. Ueberdies hat die Lues, was bei Lichen nicht vorkommt, grosse Neigung zu Ulceration, namentlich auf Schleimhäuten.

Besonders betonen muss ich noch die Differential-Diagnose zum Ekzem, namentlich, wenn flächenhaft verbreiteter Lichen rub. plan. besteht. Ein squamöses Ekzem kann sowohl in seiner Röte, wie durch starken Juckreiz und Schuppenbildung gewiss zu einer Verwechslung Anlass geben. Stets aber wird das Auffinden einzelner Efflorescenzen jeden Zweifel beseitigen.

Prognose.

Während der Lichen rub. acuminatus sich selbst überlassen thatsächlich eine sehr gefährliche Krankheit darstellt — sah Hebra doch von 14 Fällen nicht weniger als 12 letal verlaufen —, hat ein L. rub. planus, selbst wenn er unbehandelt bleibt, nie solche schwere Folgen, da der Process nur sehr langsam fortschreitet, an einzelnen Körperstellen sogar Jahre lang bestehen bleiben kann. Auch ohne therapeutische Eingriffe hat der Lich.

rub. plan. unseres Wissens niemals zum Tode geführt. Die Vorhersage ist demnach, besonders seitdem wir durch Hebras Verdienst eine sicheren Erfolg versprechende Therapie überkommen haben, absolut günstig.

Recidive sind sowohl von L. rub. acum., als planus selten beobachtet. Unter den am Schluss folgenden 56 Fällen ist nur in drei Fällen ein solches vorgekommen und zwar in einem Fall (7) 3½ Monate nach völliger Heilung, in dem anderen (26) nach einem Monat, in dem dritten (47) nach 10 Jahren.

Therapie.

Ein souveränes Mittel gegen Lichen ruber gefunden zu haben, ist das grosse Verdienst des älteren Hebra. Nachdem eine Menge verschiedener, innerlich und äusserlich angewandter Mittel den Exitus der ersten beobachteten Fälle nicht aufzuhalten vermocht hatte, machte Hebra Versuche mit Arsenik und erzielte in allen späteren Fällen sichere Erfolge. Er wandte 3—12 asiatische Pillen (zu 0,0025 acid. arsenicosum pro dosi) auf 3 Portionen täglich an. Kaposi beginnt mit 3 Pillen pro die, steigt jeden vierten Tag um eine Pille bis auf 8 oder 10 täglich. Findet unter dieser Ordination Abblassung der Lichen ruber Knötchen statt, so lässt Kaposi dann täglich nur 6 Stück nehmen und zwar solange, bis die letzten Spuren des Uebels geschwunden sind. In Summa genügen meisst in mässigen Fällen ca. 1000 Pillen. Kaposi hat in einem Falle 3000, in einem anderen sogar 4500 Pillen nehmen lassen bis zum völligen Verschwinden des Exanthems, ohne irgend welche unangenehmen Nebenerscheinungen.

Leider aber vertragen nicht alle Patienten in gleicher Weise eine solche Arsen-Medication und man ist oft genug genötigt in der allervorsichtigsten und langsamsten Weise die Patienten an diese Behandlung zu gewöhnen. Nach den Erfahrungen, welche in der hiesigen Klinik gemacht sind, wird sehr häufig, wo reine Solutio Fowleri in wässriger Lösung — selbst in grösseren Mengen Thees nach der Mahlzeit — nicht vertragen wird, eine Mischung von

1 Teil: Sol. Fowleri
1 Teil: Tinct. Strychni
10 Teile: Tinct Chinae comp.

vertragen. Eine stärkere Concentration darf nicht genommen werden, weil sonst ein Ausfallen des Arseniksalzes zustande kommt. Jedenfalls haben wir uns sehr häufig überzeugt, dass diese Mischung keine Magenbeschwerden verursachte und auch von solchen Patienten genommen wurde, die sonst jeder Arsenmedication aufs energischste Widerstand leisteten.

Die von Unna empfohlenen keratinirten Pillen haben wir reichlich versucht. Doch haben wir uns häufig, speziell durch Urinuntersuchung überzeugt, dass diese Pillen nicht in der gewünschten Weise im Darm gelöst wurden, während sie freilich den Vorteil boten, dass der Magen in keiner Weise belästigt wurde.

Die entschieden kräftigste Wirkung giebt acid. arsenicosum in wässriger Lösung, aber entsprechend der vorzüglichen Wirkung traten auch die bekannten Nachteile der inneren Arsenmedication auf und so ist daher grosse Vorsicht erforderlich.

Wie Lipp bei der Psoriasis, so hat Köbner bei Lichen ruber das Arsenik subcutan angewendet und eine schnellere Heilung erzielt. 15—20 volle Injectionen von Sol. Fowleri genügen zuweilen schon, um das Exanthem zu beseitigen. Auch wir haben reichliche Arseninjectionen bei Lichen ruber gemacht, haben uns aber von einer absonderlich schnellen Wirkung nicht überzeugen können. Wir injicirten gewöhnlich Sol. Fowleri mit Zusatz von 3 % Carbolsäure. Die Injectionen schienen schmerzloser zu sein, als ohne diesen Zusatz.

In der Mitte der 80er Jahre hat Unna ein Verfahren angegeben, durch welches das Arsenik überflüssig sein sollte. Seine Salbe:

Rp.

Acid carbol. 20,0
Hydrarg. bichlor. corros. 0,5
Ungt. Diachyl. 500,0

liess er früh und abends in ziemlich dicker Schicht einreiben und die Patienten dann in wollene Decken einhüllen.

Diese Unnasche Salbe ist häufig wie in der hiesigen Klinik, so auch in der Privatpraxis des Herrn. Prof. Neisser versucht worden. Freilich hatten wir in einigen Fällen arge Carbolintoxicationen zu verzeichnen. Aber, wenn wir auch in keinem einzigen Falle in der Lage waren, durch diese Salbe allein einen vollen Heilerfolg zu er-

zielen, so hat sie sich doch in manchen Fällen gegen den starken Juckreiz vorzüglich bewährt.

Uebrigens leisten häufige Waschungen mit 3% Carbolspiritus, besonders aber Theerpraeparate vorzügliches gegen das unerträgliche Jucken. Auch Salicylsäure (10% in Traumaticin gelöst) ist in vielen Fällen von gutem Erfolg begleitet gewesen.

Als wesentlicher Fortschritt in der Lichen ruber Therapie erscheint aber die von Herxheimer zuerst publicierte und schon früher uns hierselbst bekannte Behandlung mit Chrysarobin. Es ist hier nicht der Platz die bekannten Vorsichtsmassregeln, welche bei jeder Chrysarobinbehandlung notwendig sind, zu erörtern. Wir glauben uns aber mit Sicherheit überzeugt zu haben, dass wir im Chrysarobin ein ähnliches Mittel gegen Lichen ruber besitzen, wie gegen die Psoriasis, eine Thatsache, welche nach unserer Auffassung der Verwandtschaft beider Krankheiten als Parakeratosen, nicht so wunderbar erscheinen möchte.

In hiesiger Klinik wurden versuchsweise 2 Fälle mit 10% Aristollösung (einer Verbindung von Jod und Tymol) behandelt. Eine Besserung konnte jedoch in keinem der beiden Fälle (in Fall 1 nach 3wöchentlicher Anwendung) constatiert werden.

Zur Unterstützung der in dieser Arbeit aufgestellten Behauptungen sei es gestattet, das Bemerkenswerte aus dem Krankenmaterial der hiesigen Klinik aus den letzten 5 Jahren, sowie der Privatpraxis des Herrn Prof. Dr. Neisser mitzuteilen, durch dessen Güte mir diese Fälle zur Publication überlassen worden sind.

Fall 1.

Diesen in poliklinischer Behandlung zur Zeit noch befindlichen, oben bereits erwähnten Fall von Lichen ruber planus hatte ich selbst 6 Wochen lang Gelegenheit genauer zu beobachten.

Patient, Schuhmacher J. K., 60 Jahre alt, war stets gesund. Vor 3 Jahren will er einen ähnlichen Ausschlag gehabt haben, der nach 3wöchentlicher Behandlung geschwunden sei. Sein jetziges Leiden besteht seit 8 Wochen.

Es begann mit Juckreiz, besonders am Handrücken. Allmählig bemerkte Patient auf beiden Händen und der Brust einen Ausschlag, welcher immer stärker wurde und ihn veranlasste am 8. April dieses Jahres die Hülfe der hiesigen dermatologischen Poliklinik nachzusuchen.

Status praesens. Kräftiger, sehr wohlgenährter Mann. Allgemeinbefinden völlig ungestört. Mässiges Jucken am linken Unterschenkel. Das Exanthem, in Gestalt teils flacher, hellroter, wenig infiltrirter, teils gelblicher, mit eben angedeuteter Delle versehener Efflorescenzen, welche in kleinen, mehr oder weniger deutlich zusammengehörigen Gruppen zusammenstehen und von Stecknadelkopf bis Linsengrösse wechseln, ist zunächst diffus verstreut über die Vorderfläche des Rumpfes, gleichmässig an Brust und Bauch; am Rücken sehr spärlich, wesentlich in der Gegend des Kreuzbeins. Efflorescenzen derselben Art an der Beugeseite und noch spärlicher an der Streckseite beider Arme und Oberschenkel, besonders im oberen Drittel. An der Vorderfläche des Rumpfes und am linken Oberschenkel sind die Efflorescenzen sehr auffallend in einer geraden Linie angeordnet und so dicht aneinander gereiht, dass sie scheinbar einen ununterbrochenen Strich bilden.

Auf beiden Handrücken und Dorsalflächen der Finger, besonders der ersten Phalangen eine sehr grosse Zahl von im Durchschnitt klein, linsengrosser Efflorescenzen mit ausserordentlich typischer Delle, um welche herum ein weiss schimmernder Epidermissaum gelagert ist. Auf der Mitte des Dorsum der rechten Hand ein fast 5 Markstück grosser, ziemlich flacher, graubrauner Heerd. Von den Handtellern ist nur der linke erkrankt in Gestalt einzelner, derb infiltrirter und stark verhornter, nicht besonders characteristischer Stellen.

Ziemlich stark befallen ist auch das Scrotum, dessen Efflorescenzen den am Handrücken am ähnlichsten sind.

Am linken Unterschenkel findet sich ein über Handteller grosser Heerd von graubrauner Farbe mit sehr rauher, chagrinlederähnlicher Oberfläche, ausserordentlich derben Infiltrat und serpiginösen Bändern. Die Schleimhautaffektion des Mundes ist bereits oben erwähnt.

Therapie: An Stelle der 3 Wochen lang ohne Erfolg angewendeten Aristollösung, wird Chrysarobin-Traumaticin 14 Tage lang an Brust und linkem Unterschenkel gebraucht. Darauf rechte Hand und linker Unter-

schenkel mit Sublimatsalbe, linke Hand mit Salicylsalbe behandelt, Brust eingepudert. Nach 8 Tagen wesentliche Besserung resp. Abblassung des Exanthems an der rechten Hand und Brust. Zur Zeit zum Teil dieselben Salben, zum Teil wieder Chrysarobin.

Fall 2.

Patientin, C. G., 55 Jahre alt, nie hautkrank gewesen. Ihr jetziges Leiden begann vor 7 Monaten am rechten Knie, wo ein kleines Knötchen entstand nach Art eines Mückenstichs, welches heftiges Jucken verursachte. Darauf wurden beide Fussrücken befallen, später auch Oberschenkel, Rumpf und Arme. Durch das anhaltende Jucken meist Schlaflosigkeit und Störung des Allgemeinbefindens in mässigem Grade. Behandlung mit Arsen. Doch musste bald selbst von minimalen Dosen Abstand genommen werden, da dieselben Intoxicationserscheinungen hervorriefen.

Stat. präs.: Kräftige Frau von gesundem Aussehen. Ueber den ganzen Körper verbreitet sieht man ein Exanthem besonders reichlich unter den Mammae und in den Kniebeugen, welches aus einzelnen, etwa stecknadelkopf grossen Knötchen besteht, welch' letztere zum Teil auch zu Gruppen vereinigt sind. Die einzelnen Knötchen stellen kleine, wenig gefärbte Erhebungen mit platter, glänzender Oberfläche dar. Die meisten mit kleinen Schüppchen bedeckt. Wo sie zusammenstehen, bilden sie entweder Kreise mit normalen Centrum oder grössere wallartige Erhebungen.

Patientin nach vierwöchentlicher Behandlung mit Chrysarobin und Arsenpillen gebessert entlassen.

Fall 3.

C. N., Mann, 65 J., stets gesund gewesen. Sein jetziges Leiden, ein volles Jahr bestehend, begann am linken Unterschenkel mit kleinen Knötchen, welche besonders bei Einwirkung der Bettwärme stark juckten. Kein bedeutender Einfluss auf den Allgemeinzustand. Pat. hat öfters Arsen gebraucht, aber nie länger als drei Wochen.

Stat. präs.: Linker Unterschenkel (besonders Streckseite) stark befallen. Rechte Kniebeuge, ganzer rechter Oberschenkel, Abdomen bis zum Nabel befallen, ebenso

beide axillae und oberer Thorax, sowie Nacken. Schleimhäute frei. Zur Zeit überall livide, stark infiltrirte, rauhe Hautwälle, zwischen denen sich kleine Inseln normaler Haut befinden. Distincte Knötchen nicht mehr wahrnehmbar. Dagegen starke Schuppung an den meisten Stellen.

Mit Chrysarobinbehandlung fortschreitende Besserung. Erstere musste wegen entstandener Conjunctivitis drei Wochen lang ausgesetzt werden, dafür Bäder und Salicylseife. Nach 5 Wochen an Innenfläche beider Oberschenkel ausser den schon vorhandenen Knötchen eine Anzahl neuer, teils distincter, teils zu Platten confluirter, welche mässiges Jucken verursachen. Rechts Behandlung mit Bleivaseline, links mit Sublimatcarbolsalbe.

Pat. entzog sich der weiteren Beobachtung.

Fall 4.

Tischler C. R., 68 J., hat seit 1 Jahr einen zuerst linsengrossen Fleck an der Innenseite der rechten Fusssohle. Seit 6 Wochen Ausschlag auch auf Ober- und Unterschenkel diffus verbreitet. Geringes Jucken.

Stat. präs.: Kräftiger Mann. Exanthem auf Beuge- und Streckseite der Ober- und Unterschenkel, am reichlichsten an Innenseite der Kniee. Am innern Rande der beiden Fusssohlen bis in die Nähe der Knöchel eine scharf begrenzte, mit weisslichen Schuppen bedeckte Partie. Haut darüber stark verdickt, rauh, nicht schmerzhaft. Auf dem Fussrücken reichliche, disseminirte rote Knötchen von höchstens Linsengrösse und sehr schwacher Infiltration. Die Farbe der sehr derb infiltrirten Plaques an Fusssohlen und Aussenseite der Oberschenkel ist chocoladengrau mit nur wenig rotem Colorit. Im Allgemeinen ist auch hier die Kreisform gewahrt. An den Händen sind seit wenigen Tagen einige, wenige, platte nicht sehr charakteristische Flecke aufgetreten.

Behandlung mit Chrysarobin und Carbolsublimatsalbe, innerlich pro die 3 asiat. Pillen. Nach 3 Wochen Aussetzen des Chrysarobin wegen entstandener Conjunctivitis. Dafür: Wismutsalbe. Vier Tage später Patient etwas gebessert entlassen.

Fall 5.

Frau R. S., 21 J., seit 4 Monaten hautkrank. Am linken Vorderarm sehr stark juckende Knötchen, bald

darauf Eruption auch in Ellbogengegend, später in Axillarlinie handbreit über der crista ilei. Seit ca. 2 Monaten fast universelle Ausbreitung, mit Ausnahme der Schleimhaut des Mundes. Allgemeinbefinden angeblich wesentlich nicht gestört.

Stat. präs.: Ziemlich abgemagerte Frau. Am linken Vorderarm auffallende Pigmentirungen. In den Ellenbogen beider Arme eine Reihe von zwischen hiersekornbis über stecknadelkopfgrosser mit wachsartigem Ueberzug bedeckter Knötchen. Sehr stark auch Rücken und Abdomen ergriffen. Etwa handbreit unter der linken Mamma an Stelle der früheren Eruptionen jetzt braune Pigmentierung. Einzelne Knötchen von feinen, ziemlich fest adhärenten Schuppen bedeckt. Grössere, zum Teil schon in Rückbildung begriffene, bräunliche Efflorescenzen an beiden Oberschenkeln. Entsprechend der Schnürfurche am Abdomen eine viel stärkere, meist in Gruppen stehende Knötcheneruption. Heftiges Jucken, besonders am Abend.

An der Wangenschleimhaut rechts ein intensiv weisser Streifen, entsprechend der oberen, rechten Zahnreihe.

Nach 8tägiger Behandlung mit Sol. Fowleri in steigender Dosis bis 30 Tropfen 3 mal täglich, wird Patientin auf eigenen Wunsch entlassen. Eine wesentliche Aenderung des Krankheitsbildes besteht nicht. Jucken hat jedoch völlig aufgehört. Allgemeinbefinden gut.

Fall 6.

Mann, G. U., 17 J., als Kind sehr viel krank gewesen. Vor 3 Monaten beginnender Ausschlag, mit Arsen behandelt, jedoch ohne Besserung.

Stat. praes.: Stark abgemagerter, kränklich aussehender Mann. Exanthem besonders auf Brust, Abdomen, Nacken, Schultern, Rücken, besonders in den unteren Partieen, sowie an beiden Extremitäten. An der oberen Beugeseite stärker befallen, als Streckseite, an der unteren besonders die regio inguinalis und iliaca. Auch an den Genitalien einzelne Efflorescenzen.

Die Mundschleimhaut besonders stark afficirt. Hier ist die innere Lippenfläche, Wangenschleimhaut, Zungengrund und Rücken, sowie die Gingiva von grosser Zahl kleiner weisslicher Knötchen bedeckt. Sonst am Körper finden sich überall dicht neben einander kleinste, teils schuppende, teils nicht schuppende Knötchen. An vielen

anderen Stellen sind durch Conflux grössere schuppende Stellen der Brust und Schultern entstanden.

Die Zunge hat einen weissen Belag und ist mit einer grösseren Zahl kleiner, roter Pünktchen bedeckt. Einzelne Knötchen weist auch der Zungengrund auf. Von subjectiven Beschwerden lästiges Jucken, besonders abends und früh.

Behandlung innerlich: Sol. Fowleri und aq. Menth. pip. ana 3 mal täglich 12 Tropfen. Einreibung des Rumpfes mit 5 pCt. Chrysarobinsalbe, der Arme mit Chrysarobin-Tranmaticin. Nach 10 Tagen starke Desquamation der Haut. Steigerung der Dosis von Sol. Fowleri bis 15 Tropfen 3 mal täglich. Später wieder Chrysarobinbehandlung. Patient wird gebessert von der Station entlassen.

Fall 7.

Mann, W. S., 68 J., hat seit 5 Monaten auf beiden Unterschenkeln und Rückenseiten der Arme braune kleine Fleckchen, welche ihm lästiges Jucken hervorriefen.

Stat. präs.: Wohlgenährter Mann. Auf der vorderen Seite der Unterschenkel hirsekorn bis linsengrosse, braunrötliche Knötchen, die jedoch keine Infiltration zeigen. An beiden Unterarmen in der Supinatorgegend bis auf Oberarm sich erstreckend je ein handtellergrosser, bläulichbrauner, reibeisenharter Plaque, der sich etwas über das Niveau der gesunden Haut erhebend stark infiltrirt ist. Aehnliche braune Flecken von unregelmässiger Form in Kreuzbeingegend.

Besserung durch Chrysarobinbehandlung. Jedoch Brennen an diesen Stellen und Bleivaseline. Nach kurzer Zeit jede Infiltration verschwunden, nur noch geringe, nicht sicher zu beurteilende Verfärbung der behandelten Stellen. Patient entlassen.

Nach $3^1/_2$ Monaten Recidiv in Kreuzbeingegend und am Bauch. Fast markstückgrosse Heerde mit festhaftenden Schuppen, sehr minimaler Infiltration und lividroter Farbe.

Heilung durch Chrysarobin.

Fall 8.

Patientin, P. H, 52 J., seit 5 Jahren an beiden Beinen und von da über den ganzen Körper zerstreutes Exanthem. Dabei heftige Magenindisposition. Mehrfache erfolglose Behandlung.

Stat. praes.: Ziemlich kräftige Frau. Ueber den ganzen Körper zerstreute dunkelrote, über die Haut erhabene, erbsengrosse Knötchen. An Brust und Rücken nur vereinzelt, dichter in Kreuzbeingegend, wo sie ein chagrinlederartiges Aussehen bieten. An den Armen nur Streckseite befallen. Sehr dicht Knötcheneruption an Beinen und Füssen. Ueberall starker Juckreiz.

Die zuerst angewandte Unna'sche Salbe in Folge Carbolurius fortgelassen, dafür: Chrysarobin. Juckreiz Anfangs geschwunden, nach 5 Tagen wieder stärker geworden. Dagegen Abblassung und Abflachung der Knötchen. An einzelnen Stellen geringes artificielles Eczem durch Kratzen oder Reiz der Wolldecke Nach 3 Wochen rechte, untere Extremität mit Carbol-Sublimat-Salbe, die linke mit Chrysarobinsalbe behandelt, Arme mit Salicylseifenpflaster. Da Patientin über heftiges Brennen klagt, so nach 2 Tagen: Arme mit Ol. rusci, linker Fuss nur mit Chrysarobin. Nach 4 Wochen verlässt die sehr ungeduldig gewordene Pat. die Station in etwas gebessertem Zustande.

Fall 9.

Patientin, L. S., 41 J., stets gesund. Seit einiger Zeit sehr nervös. Ihr jetziges Leiden seit 1 Jahr: an Händen linsengrosse Knötchen, welche unter heftigem Jucken sich allmälig vergrösserten.

Stat. präs.: Localisation am stärksten an Handrücken und Phalangealgelenken. Vereinzelte Knötchen an Handgelenken, Ellenbeuge und Knie. Einzelne kaum stecknadelkopfgross, ganz matt, hellrot, scharf begrenzt. Daneben einige kaum linsengrosse von hellroter, leicht gelblicher Färbung, recht derb plateauartig vorspringend. Ihre Oberfläche glatt, glänzend, heller als der Rand. Die grössten Efflorescenzen an Handtellern, Ellbogen, Knie: kreisförmige oder unregelmässige, längliche, derbe Knoten von heller, meist etwas lividroter Färbung. Zum Teil sind sie mit dünnen Schuppen bedeckt, einige zeigen Risse.

Behandlung mit Arsen und Chrysarobin. Ueber den Erfolg der Therapie nichts bekannt.

Fall 10.

Lehrer, R. V., 31 J., seit $^1/_4$ Jahr Ausschlag an

Handtellern und Vorderarm. Von hier Verbreitung über den ganzen Körper. Heftiger Juckreiz.

Stat. präs.: Lichen rub. planus über den ganzen Rumpf verbreitet, am dichtesten in der Gegend des Gürtels, wo die Knötchen sehr typisch sind, mit Delle versehen. Stellenweise deutliche Anordnung in Kreisen. An den Armen einige in weiterem Stadium ausgebildete Efflorescenzen bis zu 5-Pf.-Grösse, sehr derb, leicht livid gefärbt. An den unteren Extremitäten sehr grosse Zahl grösserer Stellen, welche vielfach strichweise angeordnet sind. Auf der Rückenseite, Kreuzbeingegend am reichlichsten besetzt. Spärlicher am Nacken, im Gesicht und am Kopf. Die Schleimhäute ganz frei. Ein grosser Plaque mit serpinginösen Rändern und stark verhornter Epidermis, die sich stellenweise losblättert, in der palma manus sinistra. Am rechten Handteller nur isolirte Knötchen mit characteristischer Delle.

Behandlung: 3 Wochen lang mit Sol. Fowleri, dann Chrysarobin und Unna'scher Salbe. Patient wurde geheilt.

Fall 11.

Frau, F. K., 58 J., Ausschlag auf beiden Armen, Rücken, Brust, Beinen, am stärksten um die Schnürfurche des Gürtels. Es sind stecknadelkopf- bis 20-Pfg.-Stückgrosse, frische Efflorescenzen mit typischer Delle. Mässiger Juckreiz. In der Kreuzbeingegend nur vereinzelte Efflorescenzen. An den frischen Stellen ist die wachsgelbe Verfärbung deutlich zu erkennen. Die älteren sind mehr blaurötlich verfärbt. Fast ausschliesslich überall nur Knötchenbildung, keine Plaques.

Therapie: 5×12 Tropfen täglich: Sol. Fowleri. Nach 4 Tagen Abflachung der Knötchen am rechten Arm. Ferner: Einpinselung des linken Unterarms mit Chrysarobin. Nach 6 Tagen Abflachung und Abblassung des Lich. rub. planus. Pat. nicht wieder erschienen.

Fall 12.

Mann, W. G., 29 J., Exanthem nur an einer Stelle: an beiden Unterschenkeln in symmetrischer Weise in der Mitte der Vorderfläche der Tibia. Es ist ein längsovaler, livider, leicht schuppender Plaque von 3 cm Länge und 2 cm Breite. Ziemlich heftiges Jucken.

Ueber den Verlauf und Behandlung fehlen die Angaben, da Patient sich der Behandlnng entzogen hat.

Fall 13.

Herr cand. med. W. P. hat seit 2 Jahren an den Dorsalseiten der Hände vereinzelte, erhabene, rote Flecken, welche die Tendenz zeigen zu confluiren. An einigen Stellen reihenweise Anordnung. Auf dem rechten Arm grösserer Plaque. Fast nie erhebliches Jucken. Patient wird mit Chrysarobin behandelt und nach 25 Tagen völlig geheilt.

Fall 14.

Kind, E. T., $^5/_4$ J. Auf der Streckseite der Extremitäten grosse Anzahl von roten Knötchen, ziemlich stark prominent, von derber Consistenz. Oberfläche in Folge sehr starken Juckens an manchen Stellen zerkratzt. Beugeseiten völlig frei. Einzelne Efflorescenzen mit typischer Delle auch in der Nähe der Handgelenke. Therapie unbekannt.

Fall 15.

Mann, S. C., 20 J., hat seit 1 Monat kleine Bläschen, welche stark juckend den Eindruck einer Scabies machen. Allmälig entstanden kleine Knötchen. Allgemeinbefinden nicht erheblich gestört. Um beide Brustwarzen ein Kranz von über stecknadelkopfgrossen, braunroten, intensiv glänzenden Efflorescenzen, welche plateauartig mit scharf abfallenden Rändern über das Niveau erhaben sind. Auf dem Rücken unbedeutende Knötcheneruption. Kreuzbeingegend verhältnissmässig frei. Vorläufig Behandlung mit Tinct. amygd. amar. Auch sonst besteht erhebliche Reizung zu Dermatosen.

Therapie: Mehrere Carbolinjectionen. Nach 9 Tagen: Carbolurin. Abblassung der Licheneffloreszenzen, dagegen Zunahme des Juckens und Schlaflosigkeit. Nach 11 Tagen bedeutende Besserung. Patient verlässt Breslau mit Arsenik-Ordination.

Fall 16.

Mann, A. W., 39 J., hatte vor 10 Jahren Schanker. Exanthem auf linker Brusthälfte seit 1 Jahr.

Stat. präs.: Etwas elend aussehender Mann. Auf der linken Körperseite in strichförmiger Anordnung eine Anzahl Efflorescenzen dem Verlauf der Intercostalnerven entsprechend. Sie sind derb und infiltrirt. Während der Behandlung mit Salicylseifenpflaster nimmt die Zahl und Grösse, sowie das Jucken noch zu. Durch Carbolinjectionen und innerliche Verabreichung von Sol. Fowleri bedeutende Besserung nach beinahe vierwöchentlicher Behandlung.

Bei den übrigen leichteren Fällen von Lich. rub. plan., welche in der Poliklinik behandelt wurden, hat sich nichts bemerkenswertes gefunden. Sie mögen daher der Vollständigkeit wegen nur angeführt werden.

Fall.	Name.	Alter.	Therapie.
17	M. M.	10	in der inn. Klinik.
18	Joh. G.	47	Unna's Salbe.
19	Eleon. S.	54	Sol. Fowleri.
20	Alfr. F.	69	„ „
21	Ottomar L.	31	Carbolinjection.
22	Anna R.	26	„
23	Anna D.	43	?
24	Aug. K.	55	Sol. Fowleri.
25	Emma B.	28	„ „

Fall 6.

Der vor 10 Jahren in der hiesigen Klinik beobachtete, einzige Fall von Lichen rub. acuminatus betrifft den 19 Jahre alten Johann B.

Dieser Fall möge hier nochmals veröffentlicht werden, weil er noch ein besonderes Interesse bietet, insofern als nach längerem, innerlichen Gebrauch von Arsen eine als Herpes zoster angesprochene Hautaffection auftrat, eine Beobachtung, welche zu der Annahme führte, dass die erwähnte Hautkrankheit wohl im causalen Zusammenhang mit dem Arsengebrauch stehe. Letztere Annahme wird jedoch von Juliusburger, damaligen Assistenten an der hiesigen Klinik, dessen Beschreibung ich folgende Schilderung entnommen habe, bestritten und eine mehr zufällige Coincidenz des Zoster mit dem Arsengebrauch angenommen.

Zu der Behandlung dieses Lich. rub. acuminatus wurde am 29. Oct. 1880 eine Arsenikkur eingeleitet. Patient bekam von diesem Tage bis zum 25. Dezember zuerst 4 Pillen à 0,0025 acid. arsenicosum und langsam steigend zuletzt 16 solche Pillen täglich.

Der Zustand des Patienten hatte sich dabei abwechselnd gebessert und wieder etwas verschlimmert.

Am 25. Dez. trat eine Arsenintoxication ein und daher nur 0,00125 pro Dosi.

Vom 12.—16. Jan. 1881 statt der Pillen täglich 0,25 Sol. Fowleri-Injectionen. Vom 16. Jan. an wieder asiatische Pillen, worauf am 22. wiederum Intoxicationserscheinungen auftraten. Von neuem geringere Dosis Arsenik, nämlich 0,01. Vom 10. Februar jedoch wieder Steigerung bis 0,015 4 Wochen lang.

Auf diese Weise hatte Pat. während fast 5 Monaten im Ganzen 1100 Pillen à 0,0025 Acid. arsenicos. verbraucht.

Vom 17. März bis 9. Mai wurde mit der Arsendosis, zumal eine wesentliche Besserung eingetreten war, noch bis 0,03 ac. arsen. täglich gestiegen.

Trotzdem Patient, der äusserer Gründe wegen das Spital verlies, während der darauf folgenden 4 Wochen die ihm mitgegebenen Pillen regelmässig genommen haben will, so musste er doch am 10. Juni wegen eines starken Recidivs von neuem die Hülfe der Klinik nachsuchen.

Patient nahm nun vom 10.—17. Juni 0,06 ac. arsenic. pro die. Am 13. Juni, also nach nur dreitägigem Gebrauch der Pillen, zeigten sich unter starken Brennen und leichter Temperatursteigerung an beiden Beinen und am rechten Arme schmerzhafte Bläscheneruptionen. Die Blasen confluirten zu grösseren Flächen, über welchen die Epidermis sich eitrig abhob. Unter Streupulverbehandlung trocknete sie jedoch bald ein.

Vom 17. Juni bis 16. Aug. wurde 0,07 ac. arsenic. pro die gebraucht.

Am 23. Juni zeigten sich am linken Unterschenkel unter starkem Brennen ähnliche Blaseneruptionen. Auch diese heilten unter Salbenverband ab. Unter fortschreitender Besserung wurde vom 16. August bis 2. Oct. pro die 0,075 acid. arsenicos. genommen.

Es hatte somit Pat. bis Anfang October im Ganzen ungefähr 11,0 acid. arsenicos. verbraucht.

Von diesem Zeitpunkte an stieg die tägliche Dosis allmälig bis auf 0,09, musste jedoch am 27. Oct. wegen beginnenden Intoxication auf 0,06 reducirt werden.

Nachdem des Allgemeinbefindens wegen diese Dosis am 1. Nov. auf 0,055 und am 15. Nov. auf 0,04 verringert war, versuchte man am 22. Nov. eine subcutane Injection von 0,3 reiner Sol. Fowleri, welche, abgesehen von einer ca. 3 Stunden anhaltenden Schmerzhaftigkeit, reactionslos blieb. Es wurde daher die Pillenkur in der Tagesdosis von 0,04 wieder aufgenommen.

Während das Krankheitsbild im Wesentlichen sich nicht änderte, trat Mitte Dezember auf der Haut unter Brennen eine Gruppe von Bläschen auf, entsprechend der 8. Rippe, nach aussen von der Mamillarlinie. Die Gruppe lief von oben, hinten, nach unten, vorn, der Richtung der Rippe entsprechend. Rechts hinten neben der Wirbelsäule etwa entsprechend dem 9. Brustwirbel befand sich eine auf Druck empfindliche Stelle. Ausserdem schmerzhafte Anschwellung einer rechten Achseldrüse und einer Lymphdrüse in der vorderen rechten Axillarlinie.

Nach 14 Tagen war diese als Zoster angesprochene Affection eingetrocknet, und die Drüsenschwellung zurückgegangen. Bis Anfang Januar 1882 hatte sich der Zustand des Kranken erheblich gebessert. Dann aber änderte sich trotz regelmässigen Weitergebrauchs des Arsen in der Tagesdosis von 0,04 im Allgemeinen der Zustand des Patienten bis zum 1. Mai, an welchem Tage er das Spital freiwillig verliess, gar nicht. Ausserhalb des letzteren setzte er die Arsenikkur noch kurze Zeit fort, entzog sich jedoch bald der Beobachtung und soll im August desselben Jahres an Phthise gestorben sein.

Die mir durch die Güte des Herrn Prof. Neisser, aus dessen Privatpraxis zur Publication überlassenen 30 Fälle sind folgende.

Fall 27. Herr P., 45 J. Sehr starke Eruptionen auf Brust, Rücken und Armen. Reichlicher Arsenik-Gebrauch. Daher viele Stellen schon in dunkler Pigmentirung. Frische Stellen an Handtellern und Fusssohlen, die ziemlich stark jucken. Es sind sehr derbe papulöse Efflorescenzen. Beim Aussetzen des Arsen nimmt das Jucken sehr schnell wieder zu.

Fall 28. Frau E., 22 J. Seit Monaten erkrankt. Ganz frische Eruptionen an Armen und Füssen, breite,

derbe Infiltrate, die sehr stark jucken. Sol. Fowl. und acid. arsenic. werden nicht vertragen. Theer beseitigt sofort das Jucken. Liqu. Natr. arsenic. wird gut vertragen.

Fall 29. Herr T. 30 J. Ganz acute Eruptionen an Händen, Kopf, Rücken und Handgelenken, sehr stark juckend. Acid. arsenic. gut vertragen. Allmälige Heilung.

Fall 30. Mädchen 10¾ J. Längsovaler Heerd an Clavicula, seit 2 Jahren bestehend, sehr stark juckend. Ord. Theerspirit.

Fall 31. Herr K., 60 J. Seit 30 Jahren ganz allmälige Entwickelung von flachen, papulösen, sich verbreitenden Heerden. In letzter Zeit acute Nachschübe, besonders auf Kopf, Stirn, Oberschenkeln. Das Bild ist ein sehr eigentümliches, indem neben den roten und abheilenden schwarzbraunen Stellen eine Leucoplakie besteht. Behandlung mit allen möglichen extremen Mitteln. Wesentliche Besserung durch Arsen, das allerdings in sehr vorsichtiger Weise angewendet werden muss. Einige Jahre darauf erneute Untersuchung. Lichen. rub. plan. absolut verheilt.

Fall 32. Herr C., 26 J. L. rub. plan. am penis Thorax etc. sehr stark juckend. Trotz Arsenikgebrauchs permanente Zunahme der Eruptionen. Ordination: subcutane Arseninjectionen und Unnasche Salbe. Patient bekam im Ganzen 26 Injectionen, resp. 7,0 Sol. Fowl., ohne wesentliche Veränderung hervorzurufen.

Fall 33. Herr V., 37 J. Eruptionen an Händen, Füssen, Scrotum, Mundschleimhaut (fälschlich wegen Lues behandelt).

Fall 34. Herr G., 40 J. Seit 4 Monaten auf Rücken, Händen, Mundschleimhaut L. rub. plan. Wegen permanenten Magencatarrhs verträgt Patient Arsen schlecht.

Fall 35. Frau M., 29 J. Sehr kräftige, blühende Frau. Eruptionen am Kreuz und Abdomen. Ganz vereinzelt am Unterarm.

Fall 36. Dr. B.. 35 J. Eruptionen an der Beuge der Handgelenke, Ellbogen, Achsel, Nabel, Penis. Flächenhafte, schnell um sich greifende Ausbreitung.

Fall 37. Frau K., 59 J. Seit 10 Jahren Klagen über hartnäckiges Jucken. Jetzt besteht sehr verbreiteter Lich. rub. plan., über dessen Dauer sichere Angaben nicht zu erlangen sind. Verträgt Arsen sehr schlecht. Daher minimale Dosen, Unnasche Salbe. Das

Jucken nach wenigen Tagen wesentlich gebessert. Aber schon am 4. Tage sehr hochgradige Carbolintoxication, Magenbeschwerden, Erbrechen, Schwindel, colossale Depression. Pat. erholte sich sehr langsam im Laufe der nächsten 14 Tage, nach denen das Jucken allerdings ganz verschwunden ist und nur graubraune Stellen an Stelle des Lich. rub. zurückbleiben.

Fall 38. Herr B., 31 J. Seit Monaten collosales Jucken und Eruptionen am Kreuz, Handgelenk, Unterschenkel.

Fall 39. S. Knabe v. 14 J. Sehr reichlich ververbreitete, isolirte, derbe Knötchen am Unterschenkel in langen Streifen. Ordin: Arsenik und Unnasche Salbe. Sehr mässiger Erfolg. Guten Erfolg dagegen durch Empl. Hydrarg.

Fall 40. Frl. C., 19 J. Isolirte kreisförmige Stellen an beiden Unterarmen. Theer-Salicylseifenpflaster.

Fall 41. Herr C., 43 J. (Bruder des Falles 32). Deutliche Plaques an Handtellern, schwielig an der Glans, isolirte Knötchen am Unterarm. Arsenik hilft langsam. Während dieser Behandlung Entwicklung von grossen, derben Knoten und Flächen am Unterschenkel, welche auf Chrysarobin-Traumaticin vorzüglich heilen. Wenige Jahre darauf alles beseitigt.

Fall 42. Frau K., 58 J. Sehr verbreitete, schuppende Stellen. Dazu einzelne Knötchen zwischen dem Lichen ruber durch eine unbekannte Einreibung (wegen Rheumatismus gemacht) entstanden. Ekzemflecke, die relativ rasch abheilen, während L. plan. zurückbleibt.

Fall 43. Herr K. 48 J. An beiden Unterschenkeln vorher auf Brust und Rücken. Nach 3 monatlichem Gebrauch von Sol. Fowleri, immer noch grosse, schuppende, flache Knötchen. Auch die Glans gerötet, schuppend, mit rhagadenförmigen Einrissen.

Fall 44. Herr O., 34 J. Sehr starkes Jucken seit 8 Wochen. Beginn an der linken Wade, dann auf den Armen, speciell auf den Gelenken. Neben deutlichen Lichen rub. plan. Stellen, speciell am Handgelenk, feine spitzige, den Follikeln sich anschliessende, Knötchen am Handgelenk und Ellbogen. (L. rub. plan. + acuminatus ?.)

Fall 45. Herr E., 31 J. Seit Monaten ziemlich allgemeine Eruptionen. Dazu acute Ekzemstellen.

Fall 46. Herr P. Starke Eruptionen an Händen, Füssen und Handgelenken, Innenseite des rechten Kniegelenkes. Chrysarobinsalbe mit gutem Erfolg.

Fall 47. Herr G., 49 J. hatte bereits vor 10 Jahren Lichen ruber gehabt. Jetzt Reste am Scrotum. Neue Eruptionen am Unterarm und Unterschenkel. Arsenik verhältnissmässig schlecht vertragen. Chrysarobin-Traumaticin reizt leicht. Befallensein der Mundschleimhaut. Guter Erfolg mit Salicyl-Traumaticin.

Fall 48. Frau S., 30 J. Am Handrücken eine Knötcheneruption seit 3 Jahren, kommend und gehend, die am ähnlichsten dem L. r. plan. ist, sehr stark juckend. Viel vergeblich behandelt. Schnelle Abheilung mit Chrysarobin.

Fall 49. Frau B., 66 J. Auf beiden Knieen, Oberschenkeln. Jucken nicht sehr intensiv. Will ähnlichen Ausschlag am Arm vor einigen Jahren gehabt haben. Chrysarobin reizt stark. Theer hat keinen sichtbaren Einfluss, ebensowenig Carbolsublimatsalbe. Langsames Abheilen unter Arsenik.

Fall 50. Frau R. Seit Monaten an den Beinen, besonders am Kreuz. Sehr starkes Jucken. Chrysarobin hat sehr guten Erfolg, muss aber vorsichtig genommen werden, wegen sehr leicht auftretender, starker Rötung. Arsenik wird nur in ganz kleinen Dosen vertragen. Daher langsamer, aber sicherer Erfolg.

Fall 51. Herr S. Stark infiltrirte Plaques und Flächen an Extremitäten und Körper. Daneben Urticaria und Oberflächen-Ekzem.

Fall 52. Herr G., 62 J. Seit 4 Wochen speciell am Unterarm, aber auch am Rumpf sehr stark juckende Eruptionen kleinster Knötchen bis Münzengrösse, schuppend, nirgends nässend. Am rechten Unterschenkel zugleich grosses nässendes Ekzem. Arsen hat vorzüglichen Erfolg, macht aber vorübergehend starke, allgemeine Ernährungsstörung.

Fall 53. Frau L, 32 J. Sehr verbreitete, flächenartige, schuppende Eruptionen von sehr starkem Juckreiz. Mentholspiritus ohne Erfolg. Dagegen 5 % überfett. Salicylseife sehr angenehm. Ac. arsenicos. Pillen gut vertragen. Heilung in ca. 6 Monaten.

Fall 54. Frau L., 34 J. Seit 6—7 Monaten sehr stark juckende Eruptionen, hauptsächlich an Unterschenkeln

und Unterarmen. Carbol-Sublimatsalbe sehr angenehm, Arsenik. Abheilung in ca. 3 Monaten.

Fall 55. Frau H., 76 J. Ganz frische, disseminirte, vorläufig nicht sehr reichliche Eruptionen besonders auf den Schultern, Thorax und Unterschenkeln.

Fall 56. Knabe, 3 J., sehr kräftig. Bisher gesund. Im Anschluss an eine vor 3 Monaten überstandene Influenza etwas matt, sieht seit 14 Tagen auffallend elend und schlecht aus. Abends Temperaturerhebung. In den Gelenkbeugen aus einzelnen dicht gestellten kleinen, spitzen Knötchen, zusammengesetzte Plaques bis 2 M.-Grösse, etwas schuppend, auffallend rauh, sich reibeisenähnlich anfühlend, einzelne Knötchen direkt einem Kratzstrich sich anschliessend. Am Körper disseminirte, spitze, stecknadelkopfgrosse, rötliche, derbe Knötchen. Flachhände und Fusssohlen diffus gelblich rot, derb, schwielig, gross, schuppend. Auch im Gesicht diffuse Rötung und Schuppung. Im Laufe der nächsten Tage collossale Zunahme des Exanthems. Nach etwa 14 Tagen ist wesentlich am Rumpfe eine fast absolute Confluirung zustande gekommen. An den Extremitäten noch massenhaft einzelne Knötchen.

Anfangs Arsen-Therapie nebst localer Behandlung. Durch ein Versehen wird in den ersten 8 Tagen die Arsendosis so gesteigert, dass neben diffuser Reizung, namentlich starker Schwellung des Gesichts sehr starke Conjunctivitis auftritt. Daneben starke Erregtheit, mässiger Appetit, grosse Abgeschlagenheit, Fieber. Mit Aussetzen des Arsens verschwinden diese intercurrirenden Symptome. Es stellt sich aber colosssaler Juckreiz ein. Allmälig wieder beginnende langsame Arsen-Verabreichung. Localbehandlung der Flachhände und Fusssohlen wesentlich mit Salicylseifenpflaster. Am Körper: Schwache Chrysarobinsalbe. Allgemeinzustand bis auf den stark gestörten Schlaf relativ gut.

Litteratur.

Auspitz. System der Hautkrankheiten. Wien. 1881.

v. Biesiadecki. Anatomie des Lichen ruber. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1872.)

Brocq. Sur le lichen ruber et sur le pityriasis rubra pilaris. (Annales de Dermat. 1886.)

— Sur le lichen ruber. (Annales de Dermat. 1886.)

Fox Colcott. Ueber den neurotischen Ursprung des lichen planus. (Vierteljahrsschr. für Dermat. u. Syph. 1886.)

Désir de Fortunet. Nôte sur un cas de lichen ruber. (Annales de Dermat. 1877.)

Hebra und Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten.

— v. H. Die krankhaften Veränderungen der Haut.

Kaposi. Realencyclopaedie der gesammten Heilkunde. 1881.

— Pathol. u. Therapie der Hautkrankheiten. 1882, 1887.

— Lichen ruber moniliformis. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1886.)

— Lichen rub. acuminat. u. planus. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1878.)

Köbner. Beschleunigte Behandlung des Lichen ruber durch subcutane Arseninjection. (Deutsche medic. Wochenschrift. 1883.)

— Berl. klin. Wochenschr. 1884. No. 33.

Lassar. Die Microorganismen des Lich. rub. (Deutsche medic. Wochenschrift. 1885.)

Lesser. Lehrbuch der Hautkrankheiten. I. 1885.

Mackenzie. Journal of cutaneous and diseases. 1885. Vol. II.

— Zwei Fälle von Lich. plan. (Monatsheft für pract. Dermat. 1885.)

Neumann. Ueber eine noch wenig gekannte Hautkrankheit. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1875.)

— Lehrbuch der Hautkrankheiten.

— Ein Fall von Lichen ruber der Schleimhaut. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1882.)

Poor. Der zweite geheilte Fall von Lich. exsudat. rub. 1862.
Pospelow. Zur Casnistik des Lich. rub. planus der äusseren Haut und Schleimhaut. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1882.)
Rayer. Traité théorique et pratique des affections de la peau.
Robinson. Lichen rub. and planus. New-York. 1883.
Róua. Lich. rub. in Ungarn. (Monatshefte für pract. Dermat. 1887.)
Taylor. Klinische Bemerkungen über Lich. plan. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1875.)
Tonton. Casuistisches zum Lich. rub. plan. der Haut und Schleimhaut. (Berlin. klin. Wochenschr. 1886. No. 23.)
Unna. Zur Klinik u. Therapie des Lichen rub. (Monatsheft f. pract. Dermat. 1885. pag. 133.)
— Sur la question de lichen. (Annales de Dermat. 1886. pag. 597.)
— Zur Lichenfrage. (Monatsheft f. pract. Dermat. 1886.)
— Ueber Heilung des Lich. rub. ohne Arsenik. (Monatsheft f. pract. Dermat. 1882.)
— Ueber die Mundaffection bei Lichen ruber. (Monatsheft f. pract. Dermat. 1882.)
Weyl. Ziemssens Handbuch. Bd. XIV. pag. 518.
— Bemerkungen zum Lich. plan. (Deutsche medic. Wochenschr. 1885.)
Wilson. On Lichen planus. Journal of cut. med. and diseases of the skin.
— Lichen planus. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1869. pag. 581.)

Lebenslauf.

Verfasser, Theodor Hamacher, Sohn des verstorbenen Historienmalers Professor Theodor Hamacher, und seiner Ehefrau Bertha, geb. Elvenich, wurde am 29. Mai 1863 zu Breslau geboren und ist (alt)katholischer Confession. Den ersten Schulunterricht erhielt er auf der Vorschule des kathol. Matthiasgymnasiums hierselbst und letzteres selbst besuchte er bis zur Untersecunda. Nach einer dreijährigen Unterbrechung des Schulbesuchs infolge von Krankheit besuchte Verfasser das hiesige Elisabetgymnasium, welches er Ostern 1885 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Am 23. April desselben Jahres wurde er bei der medicin. Facultät hierselbst immatriculirt und widmete sich durch 9 Semester dem Studium der Medicin. Am Schlusse des 4. Semesters am 7. März 1887 bestand Verfasser das Tentamen physicum, im Prüfungsjahr 1889/90 das Staatsexamen am 26. April, das Examen rigorosum, alle an der Universität Breslau.

Während seiner Studienzeit besuchte der Verfasser die Vorlesungen, Curse und Kliniken der folgenden Herren Professoren und Docenten: Biermer, Born, F. Cohn, Filehne, Fischer, Flügge, Foerster, Fraenkel, Fritsch, Gierke (†), Haeser (†), Hasse, Haidenhain, Hirt, Joseph, Kaufmann. Kolaczek. Lehmann, Loewig (†), Meyer, Neisser, Ponfick, Richter, Roux, Th. Weber, Wiener.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern fühlt sich Verfasser zu grösstem Danke verpflichtet.

Thesen.

1. Der Lichen ruber planus und Lichen ruber acuminatus sind zusammengehörige Krankheitsformen.

2. Die Impfung mit animaler Lymphe ist der Impfung mit humanisirter Lymphe vorzuziehen.

3. In der Nachgeburtsperiode ist möglichst ein exspectatives Verhalten bis zum spontanen Abgang der placenta zu beobachten.